

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
PESSOA JURÍDICA COM FATOR DE CO-PARTICIPAÇÃO DE 20%*.

PROTOCOLO SUSEP/ANS Nº 30384-4

PROTOCOLO SINPAS Nº 402.459/98-1

Nº DO CONTRATO: **489**

NOME COMERCIAL: **PLANO AHO PJ/FM**

REGIME DE CONTRATAÇÃO: () Coletivo Empresarial - (X) Coletivo por Adesão

ADENDO CONTRATUAL: () NÃO - (X) SIM

CONTRATANTE: Empresa: *Associação Comercial e Industrial de Ilha Solteira*
Endereço: *Centro Comercial Norte, 566 B*
Bairro: *Zona Norte* Cidade: *Ilha Solteira*
Cep: *15385-000* Fone: *18 3742-2963* Cx Postal:
CGC: *47.761.044/0001-06* Insc. Estadual: *Isenta*

CONTRATADA: UNIMED DE ANDRADINA- Cooperativa de Trabalho Médico, inscrita no CGC sob N° 02.687.852/0001-24, sediada à Rua Vitério Guaraciaba N° 1572, Bairro: Centro, ANDRADINA – SP, Cep 16900-000.

Por este instrumento particular, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e UNIMED, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

1 – OBJETO

1.1. – A UNIMED, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o inciso I, do parágrafo 1º, do artigo 1º. Da Lei nº 9656/98, prestará aos empregados e/ou diretores da CONTRATANTE e aos seus respectivos Dependentes, sob o regime de mensalidade pré-fixada, assistência médico-hospitalar, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e hospitais, nas internações simples ou em Terapia Intensiva, próprios ou credenciados, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, abrangendo a prestação de serviços exclusivamente na área de atuação da UNIMED, ou seja, nos seguintes municípios: Castilho, Guaraçai, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Pereira Barreto, Sud Menucci, Susanópolis, Nova Independência e Andradina.

2 – USUÁRIOS: INCLUSÕES/EXCLUSÕES

- 2.1. – Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, os empregados e/ou diretores, assim como seus respectivos Dependentes, serão denominados Beneficiários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.
- 2.2. – Serão considerados Beneficiários Titulares os empregados e/ou diretores da CONTRATANTE que expressamente aderirem ao plano.
- 2.3. – Serão considerados “Beneficiários Dependentes”:
- 2.3.1. – Cônjuge.
 - 2.3.2. – Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos.
 - 2.3.3. – Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando cursando faculdade.

- 2.3.4. – Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as).
- 2.3.5. – Equiparam-se aos filhos e filhas, nas condições acima
- 1) os filhos adotivos;
 - 2) o enteado;
 - 3) o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
 - 4) o menor tutelado.
- 2.3.6. – Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil.
- 2.4. – A CONTRATANTE fornecerá à UNIMED a relação dos Beneficiários, responsabilizando-se pelas informações sobre titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária.
- 2.5. – As inscrições no início da vigência do contrato deverão abranger a totalidade de beneficiários previstos na negociação com a CONTRATANTE.
- 2.6. – Novos Beneficiários Dependentes deverão ser inscritos, no máximo, até 30 dias após a condição que os habilitou tornarem-se Beneficiários, para ficarem isentos dos prazos de carência, ressalvada à UNIMED a prerrogativa de exigir comprovação quando julgar necessária.
- 2.7. – A CONTRATANTE comunicará por escrito à UNIMED, através de planilha padrão, as inclusões de novos Beneficiários, que terão atendimento a partir da confirmação da recepção dos dados cadastrais enviados pela CONTRATANTE.
- 2.8. – Para fins de atendimento a UNIMED expedirá carteira de identificação aos Beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.
- 2.9. – Os serviços e outro objetos da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da UNIMED, somente aos Beneficiários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação.
- 2.10. – Os filhos dos Beneficiários nascidos na vigência deste contrato, serão automaticamente considerados “Beneficiários Dependentes”, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento. Os filhos adotivos poderão aproveitar o período de carência já cumpridos no contrato, desde que sejam inscritos como usuários no prazo de 30 dias, da data de adoção.
- 2.11. – Caso a inscrição seja requerida após o prazo ajustado na cláusula anterior (2.10), vigorarão os prazos de carências estabelecidos na cláusula “3.5”.
- 2.12. - O beneficiário que perder a condição de dependente, será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se o CONTRATANTE a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente à UNIMED.
- 2.13. – Fica inequivocamente ajustado que as carteiras de identificação expedidas pela UNIMED em função das obrigações do presente contrato são de prioridade exclusiva da contratada, obrigando-se o CONTRATANTE a recolhe-las e devolve-las no caso de rescisão contratual.
- 2.14. – A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato serão considerados título extrajudicial capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

2.15. – As exclusões de Beneficiários deverão ser comunicadas, por escrito, até o dia 19 de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantindo o atendimento para esses Beneficiários até o dia 30 do mesmo mês.

2.16. – Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pelo Beneficiário Titular com a CONTRATANTE, ele e os respectivos Beneficiários Dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

2.16.1. - No caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao Beneficiário Titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade anteriormente de responsabilidade patronal.

2.16.1.1. – O período de manutenção da condição de Beneficiário a que se refere o item 2.16.1. será de um terço do tempo de permanência no plano mantido pela empresa, não podendo ser inferior a 6 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, e cessará quando da admissão em novo emprego.

2.16.1.2. – A manutenção assegurada em 2.16.1. se estende aos Beneficiários Dependentes.

2.17. – No caso de morte do Beneficiário Titular, é assegurada aos Beneficiários Dependentes a manutenção do atendimento previsto no presente contrato, nos termos do disposto na cláusula 10, que trata do Plano de Continuidade Assistencial.

2.18. – Ocorrendo a aposentadoria do Beneficiário Titular, que esteja incluído em plano coletivo de saúde da empresa há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições de que gozava quando da vigência de contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

2.18.1. - Se o período de permanência do plano empresarial for inferior a 10 (dez) anos, a manutenção no plano de saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano, para cada ano que se manteve no plano de saúde da empresa, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

2.18.2. – A manutenção assegurada se estende aos Beneficiários Dependentes.

3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA.

3.1. – Atendimento Ambulatorial:

3.1.1. – Consultas médicas sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de medicina.

3.1.1.1. – Nas consultas de rotina, o Beneficiário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal de consulta (horário comercial), competindo ao usuário exercer a livre escolha entre os cooperados da UNIMED, respeitadas as disponibilidades de horário do médico escolhido.

3.2. – Os beneficiários terão direito aos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

3.2.1. – Nos casos de transtornos psiquiátricos os Beneficiários terão direito à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais médicos cooperados da área de saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano.

3.3. – Atendimento de Urgência e de Emergência.

3.3.1. – Nos casos de urgência ou emergência, os Beneficiários poderão obter atendimento diretamente juntos aos serviços contratados pela UNIMED, na modalidade prevista neste contrato, devendo, para tanto, identificarem-se como Beneficiários, apresentar a carteira de identificação e demonstrar que não submetidos aos prazos de carência.

3.3.1.1. – São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado por declaração do médico assistente. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

3.3.2. – Nos casos de acidentes de trabalho, a obrigação da UNIMED se restringirá ao primeiro atendimento ao Beneficiário, encaminhando-o em seguida para os serviços públicos titulares do competente seguro acidentário.

3.3.3. – Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Beneficiário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídios e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

3.3.4. – O Beneficiário em trânsito, em qualquer cidade brasileira, poderá utilizar os recursos contratados, nos casos de urgência, acidentes pessoais ou emergência, dos serviços de qualquer UNIMED sediada no território nacional, respeitadas as normas operacionais de cada operadora de saúde, devendo para tanto identificar-se como Beneficiário e apresentar a carteira de identificação.

3.3.5. - Em casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o Beneficiário não teve condições de usar os serviços próprios ou contratados pelas UNIMEDs, este terá direito a reembolso da despesa decorrente, limitado o reembolso, porém, aos valores atribuídos pela UNIMED aos seus serviços próprios ou contratados, conforme Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares Unimed.

3.3.5.1. – O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se, no mínimo, o seguinte:

- 1) Requerimento do usuário à Diretoria da Unimed solicitando o reembolso e apresentando os motivos que justificam a procura de serviços não credenciados/referenciados pela Unimed.
- 2) Relatório médico descrevendo o atendimento e comprovando o caráter de urgência/emergência.
- 3) Comprovante de pagamento de honorários médicos.
- 4) Note fiscal do prestador de serviços discriminando os itens pagos.

3.4. Internação Hospitalar.

3.4.1. – As internações serão realizadas depois de prévia autorização da UNIMED, mediante solicitação do médico cooperados, por intermédio de uma “guia de internação hospitalar”, em quarto de 2 a 4 leitos, sem acompanhante.

3.4.2. - As internações deverão ser autorizadas pela UNIMED sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

3.4.3. - Nas hipóteses de urgência ou emergência, o Beneficiário desde que tenha cumprido o prazo de carência previsto na cláusula 3.5.2. letra “a” – terá direito à internação imediata, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela UNIMED, no primeiro dia útil seguinte ao da hospitalização.

3.4.4. - As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, assim significados por ato do Ministério da Saúde.

3.4.5. - O Beneficiário que optar por internações hospitalares em acomodações superiores às previstas neste contrato, tornará o CONTRATANTE responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, sem qualquer implicação para a Unimed, de conformidade com a cláusula 9.10.

3.4.6. - A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar, compreende a cobertura de despesas com diárias hospitalares, prestação de serviços médicos, serviços hospitalares, taxas, materiais e medicamentos usados na internação, prescritos pelo médico assistente. A relação desta cláusula é taxativa, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

3.4.7. - É de responsabilidade da UNIMED a prestação dos serviços de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução do tratamento e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.4.8. - Os Beneficiários terão direito, também, à remoção inter-hospitalar, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente, compreendendo a remoção apenas o território nacional, dentro dos limites de abrangência geográficas previstos no contrato, ou seja, Castilho, Guaraçaí, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Pereira Barreto, Sud Menucci, Susanópolis, Nova Independência e Andradina.

3.4.9. - Na hipótese de Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos a internação poderá incluir despesas de acompanhante no hospital.

3.4.10. - Os Beneficiários terão direito a próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico, e transplantes de rim e córnea. No caso de transplante de rim, a cobertura se estende às despesas de assistência médica com os doadores vivos e à despesa de coleta e remoção.

3.4.11. - No caso de transtornos psiquiátricos, o presente contrato cobre:

- a) o custeio integral de 30 dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o Beneficiário em situação de crise;
- b) o custeio integral de 15 dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou hospital geral, sendo o Beneficiário portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- c) No caso de internações que ultrapassem os períodos previstos no item a) e b) desta cláusula o usuário terá co-participação nos custos conforme descrito na cláusula 9.1.1.

3.4.12. - Os Beneficiários terão direito aos serviços ajustados neste contrato, mesmo em casos de epidemia.

3.5. – Carências.

3.5.1. Para ter direito aos serviços objetos deste contrato, os Beneficiários deverão cumprir os serviços de carências ajustados nesta cláusula. Os períodos de carência passarão a fluir em função de cada usuário, a partir do 1º dia útil do mês subsequente ao pagamento da sua inscrição.

3.5.2.- Os períodos de carência que deverão ser observados pelo Beneficiário são os seguintes:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para o atendimento de urgência, acidentes pessoais ou emergências, desde que possam implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovado em declaração do médico assistente.
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames complementares.
- c) 90 (noventa) dias para os seguintes serviços auxiliares de diagnose e terapia:
 - 1) Angiografias
 - 2) Cintilografia
 - 3) Densitometria Óssea
 - 4) Ecocardiografia
 - 5) Eletroneuromiografia
 - 6) Fisioterapia
 - 7) Holter
 - 8) Litotripsia por ondas de choque
 - 9) Mapa

- 10) Quimioterapia
- 11) Radioterapia
- 12) Ressonância Magnética
- 13) Tomografia Computadorizada
- 14) Ultra-Sonografia

- d) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva, para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos e por uso de substâncias químicas, internações para serviço de apoio e diagnóstico, transplantes de rim e córnea e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Hemodiálise tanto ambulatorialmente quanto sob internação.
- e) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

3.5.3. – As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante o período de carência, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

3.5.4. As cláusulas que tratam de carências, aplicam-se aos CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO.

3.5.5. As cláusulas que tratam de carências, aplicam-se aos CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS, com exceção das situações previstas nas cláusulas 2.6. e 2.10.

4 – ESPECIALIDADES MÉDICAS

4.1. – O presente contrato abrange o atendimento em todas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.2. – A prestação de cirurgia plástica reparadora se restringirá à restauração de funções de órgãos e regiões, decorrentes de acidentes pessoais. Entende-se de acidente pessoal, o evento externo, súbito, involuntário, causador de lesão física, que interfira nas funções de órgãos e regiões e que não seja considerado acidente de trabalho.

4.3. – Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos Beneficiários na área de atuação da UNIMED, esta orientará o Beneficiário para atendimento em outra UNIMED co-irmã, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do Beneficiário, salvo a obrigação contida na cláusula 3.4.8.

5 – PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

5.1. – Fica expressamente ajustado entre as partes, que o presente contrato não cobre os serviços médico-hospitalares em face dos seguintes procedimentos:

5.1.1. – Exames admissionais, demissionais e periódicos, relativos à medicina ocupacional, e acidentes do trabalho, ressalvado o atendimento mencionado no item 3.3.2.

5.1.2. – Tratamento experimental, clínico ou cirúrgico.

5.1.3. – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim

5.1.4. – Inseminação Artificial

5.1.5. – Tratamentos de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética.

5.1.6. – Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico.

5.1.7. – Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

5.1.8. – Serviços de enfermagem e medicamentos para tratamento domiciliar.

5.1.9. – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

5.1.10. – Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

5.1.11. – Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologia não relacionadas no Código Internacional de Doenças na data deste contrato.

5.1.12. – Procedimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional e tratamento com psicólogo.

5.1.13. – Procedimentos odontológicos.

6 – PERÍCIA E APRIMORAMENTO

6.1. – À UNIMED fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

7 – COMPREENSÃO DOS DIREITOS DA CONTRATANTE

7.1. As partes destacam-se, de forma irretorquível, que a responsabilidade da UNIMED limita-se à relação de serviços enumerados na cláusula 3, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos beneficiários. Para tanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados na cláusula 3, não tem cobertura contratual.

7.2. – Entretanto, desde que haja prévia avaliação entre as partes, a cobertura contratual poderá ser ampliada através de aditamentos contratuais ou executado serviço não objeto do contrato na modalidade definida como de “custo operacional”, mediante específico pagamento por parte da CONTRATANTE. Entende-se por “custo operacional” os serviços prestados aos Beneficiários do contrato mediante pagamento do seu custo, tendo por referência a Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares Unimed, acrescido das despesas estimadas percentualmente em 20% (vinte por cento)

8 – ATENDIMENTO

8.1.- A UNIMED expedirá um “Guia de Serviços”, onde estarão:

8.1.1. – Relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios.

8.1.2. – Relação dos serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia.

8.1.3. – Relação de serviços de urgência/emergência.

8.1.4. – Relação dos hospitais contratados.

8.2. – Faculta-se à UNIMED, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, devendo comunicar as alterações à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei 9.656/98.

8.2.1. – No caso de Beneficiário internado em hospital cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a UNIMED garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação do serviço até a alta hospitalar.

8.3. – A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir desta data.

9 – PREÇOS, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, FATOR DE CO-PARTICIPAÇÃO E REAJUSTES

9.1. – A CONTRATANTE pagará à UNIMED por beneficiário inscrito e a cada nova inclusão, a título de taxa de inscrição, a quantia correspondente a:

VALOR DA INSCRIÇÃO	12,20
---------------------------	-------

9.2. - A CONTRATANTE pagará à UNIMED, mensalmente, por Beneficiário regularmente cadastrado em cada uma das faixas abaixo, de acordo com sua idade, a quantia correspondente a:

FAIXA ETÁRIA	0 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Acima de 70 anos
VALOR	55,32	63,67	68,76	79,19	99,83	154,19	183,81

9.3. – Havendo a mudança de faixa etária, o preço será alterado automaticamente, de acordo com o estipulado na cláusula anterior, exceto para os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade e inscritos em planos de saúde Unimed há 10 anos ou mais.

9.4. – As mensalidades serão pagas pela CONTRATANTE, pela forma de pré-pagamento, até o dia 6 (seis) de cada mês a que se referir, por intermédio de boletos bancários mensais, onde estarão registrados os vencimentos das mensalidades e demais valores correspondentes a despesas previstas na cláusula 9.11.

9.5. – Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação da TRD até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

9.6. – O não pagamento da prestação, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, ensejará a suspensão dos serviços ora contratados, podendo ocorrer o seu restabelecimento mediante acerto financeiro entre as partes.

9.7. – O CONTRATANTE reconhece que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a UNIMED proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

9.8. – Todos os preços previstos neste Contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente, de conformidade com o IPC – Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas ou a qualquer tempo, em função de reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, pela vontade das partes.

9.9. – A periodicidade prevista na cláusula anterior, será alterada, para reduzir o prazo de revisão dos preços, no caso de revogação da norma prevista no caso de revogação da norma prevista no art. 28, da Lei Nº 9.069, de 29.05.95.

9.10. – Todos os ônus referentes aos serviços objetos deste contrato são de responsabilidade da UNIMED, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A UNIMED não autoriza qualquer acordo entre os Beneficiários e os profissionais cooperados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência à presente cláusula.

9.11. – FATOR DE CO-PARTICIPAÇÃO.

9.11.1. Além dos pagamentos previstos nas cláusulas 9.1. e 9.2., o usuário terá co-participação:

- a) em 20% (vinte por cento), nos custos de consultas, serviços auxiliares de diagnose e terapia, quando realizados ambulatorialmente, a título de Fator de Co-Participação, que será cobrado em fatura única no mês seguinte ao atendimento.
- b) em 50% (cinquenta por cento) nos custos de internações psiquiátricas que ultrapassem os prazos previstos nos itens a) e b) da cláusula 3.4.11.

9.11.2.- Entende-se como Fator de Co-Participação a condição ora estipulada entre as partes, com o objetivo de evitar o uso descontrolado do sistema e diminuir o custo da mensalidade do plano para o contratante, visando garantir o equilíbrio financeiro do contrato e o uso racional e criterioso das coberturas assistenciais, por parte dos beneficiários.

9.11.3. – O Fator de Co-Participação representa 20% (vinte por cento) do valor de cada procedimento, entre os descritos nas cláusulas 3.1.1., 3.2, e 3.2.1. e constantes da Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares Unimed e 50% (cinquenta por cento) nos custos de internações psiquiátricas que ultrapassem os prazos previstos nos itens a) e b) da cláusula 3.4.11.

9.11.3.1. – O Fator de Co-Participação não incide sobre custos de procedimentos realizados sob internação, exceto nas internações psiquiátricas conforme previsto no item b) da cláusula 9.11.1.

9.11.3.2. – O Fator de Co-participação não incide sobre procedimentos realizados no atendimento de urgência/emergência, definidos na cláusula 3.3.1.1.

10.1. – PCA – Plano de Continuidade Assistencial

10.1.1. – Ocorrendo o falecimento do Beneficiário titular, os seus dependentes, inscritos como Beneficiários, terão atendimento médico-hospitalar, de acordo com a assistência prevista no Contrato e da acomodação hospitalar em que se encontrarem cadastrados os Dependentes na ocorrência do evento, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados a partir da data do óbito, observadas as seguintes formalidades.

10.1.1.1. – Dependentes com direito ao PCA (Plano de Continuidade Assistencial), conforme previsto na cláusula 10.1.1.:

- a) cônjuge;
- b) Filhos solteiros e filhas solteiras, até 24 anos;
- c) Equiparados aos filhos e filhas, nas condições acima;
 - 1) o enteado;
 - 2) o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
 - 3) o menor tutelado.
- d) companheira em convívio superior a 5 (cinco) anos e/ou com filhos comum, vedada sua ocorrência com o cônjuge, salvo determinação judicial;

10.1.1.2. – Carências de 06 (seis) meses a partir da assinatura do contrato.

10.1.1.3. – Os dependentes ficarão obrigados a apresentar Certidão do Cartório de Registro de Pessoas Físicas e outros necessários para legitimar essa situação.

10.1.1.4. – Não ocorrendo a apresentação dos documentos acima, os dependentes não terão direito à continuidade assistencial definida nesta cláusula.

10.1.1.5. – Não terão cobertura do PCA, os usuários que atingirem a maioridade, mesmo que não tenha sido excluídos, de acordo com a cláusula 2.4.3.

10.2. – Seguro

10.2.1. – Aos usuários titulares, a exceção dos com idade superior a 59 (cinquenta e nove) anos, na data de inclusão, fica garantido um SEGURO, desde que se encontrem em plena atividade profissional em condições satisfatórias de saúde na data do cadastramento, nas seguintes condições:

10.2.1.1. – Morte natural R\$ 900,00

10.2.1.2. – Indenização especial por acidente R\$ 1.800,00

10.2.1.3. – Invalidez total ou parcial por acidente R\$ 1.800,00

10.2.2. – O valor do seguro será pago por óbito do usuário titular aos beneficiários expressamente designados. Na falta da indicação, o seguro será pago na forma da lei.

10.2.3. – Riscos Excluídos

10.2.3.1. – Os que não se encontrarem em plena atividade de trabalho e em perfeitas condições de saúde na data do início da vigência da apólice ou no início do risco individual.

10.2.3.2. – Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro, a morte por danos físicos consequentes de uso material nuclear para fins bélicos ou militares, ainda que ocorridos em testes, experiências, ou transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como, de explorações nucleares, provocadas com quaisquer finalidades.

11 – DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1. – Este contrato é assinado pelo período de 12 (doze) meses, com vigência a partir de **01 de Janeiro de 2001**. Após esse período, passará avigorar por prazo indeterminado, podendo, a partir de então, ser rescindido a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que assista às partes indenização, seja a que título for.

11.1.1. – Não haverá cobrança de taxa no ato de renovação contratual.

11.2. – Este contrato poderá ser rescindido a qualquer momento, se as partes não cumprirem fielmente as sua cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou por força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades.

11.3. – No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser notificada judicial ou extrajudicialmente, da rescisão contratual, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento de saldo devedor e das perdas e danos.

11.4. – O presente contrato poderá sofrer alterações e modificações mediante a lavratura de termos aditivos, que serão firmados pelas partes.

11.5. – Fica eleito o Foro da Comarca de Andradina para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justas e contratadas, assinam este Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Andradina,

CONTRATANTE: _____

CONTRATADA: _____

TESTEMUNHAS: _____

ADITAMENTO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MÉDICOS E
HOSPITALARES

CONTRATANTE: Associação Comercial Industrial de Ilha Solteira sediada na cidade de Ilha Solteira-SP, Centro Comercial Norte, 566 B Zona Norte – CEP 15.385-000, devidamente inscrita no **CGC: 47.761.044/0001-06 e Insc. Estadual Isenta.**

CONTRATADA: UNIMED DE ANDRADINA, Cooperativa de Trabalho Médico, Inscrita no CNPJ/MF 02.687.852/0001-24, sediada da cidade de Andradina – SP, na Rua Vitério Guaraciaba, nº 1572, Centro, CEP 16900-000.

Por este instrumento particular, resolvem as partes acima identificadas, que integram o contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares identificado pelo número 489, cujo nome comercial se intitula **PLANO AHOPJ/FM**, sob regime de contratação coletivo empresarial devidamente protocolado na **SUSEP**, a aditar o referido contrato, para o fim de nele ficar constado o que se segue.

Cláusula Primeira: A partir da assinatura deste aditivo, a contratante se obriga a manter um número mínimo de 100 (cem) usuários devidamente cadastrados.

Cláusula Segunda: Os valores constantes da cláusula 9, item “9.2.”, do instrumento primitivo, não terão mais vigência a partir da assinatura deste aditamento, prevalecendo um desconto comercial, ora ofertado pela contratada. **Assim ficam acertados, por ora os seguintes valores:**

VALORES NORMAIS:

FAIXA ETÁRIA	0 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Mais de 70 anos
VALORES	R\$44,47	R\$63,67	R\$68,76	R\$79,19	R\$99,83	R\$154,19	R\$183,81

VALORES COM O DESCONTO COMERCIAL:

FAIXA ETÁRIA	0 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Mais de 70 anos
VALORES	R\$44,47	R\$54,11	R\$58,44	R\$67,31	R\$84,85	R\$131,06	R\$156,23

Cláusula Terceira: A contratada se reserva o direito de rever em qualquer momento, após análise criteriosa da relação custo x receita, aumentar ou diminuir o desconto comercial ora ofertado, de acordo com parâmetros médicos nacionalmente aceitos.

Cláusula Quarta: A contratada se reserva o direito de promover campanhas educativas, e preventivas, sempre que for identificado aumento inexplicável de incidência de determinados procedimentos. Tais campanhas somente seriam realizadas após consentimento da contratante.

Cláusula Quinta: Além dos Beneficiários Dependentes já constados na cláusula 2.3., serão também aceitos os pais, sogros e sogras, desde que devidamente comprovado a sua dependência por meio legal, ficando assegurado à UNIMED o direito de solicitar tal comprovação quando julgar necessária, porém fica sem efeito a cláusula segunda deste aditamento contratual, nessas inclusões que obedecerão os valores constantes da cláusula 9, item “9.2”, do instrumento primitivo.

E, por estarem assim ajustados, os contratantes assinam o presente, em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas instrumentais, que a tudo presenciaram.

Andradina – SP, 12 de Janeiro de 2001

CONTRATADA: _____

CONTRATANTE: _____

TESTEMUNHAS:

1)

2)